



# VNIVERSIDAD D SALAMANCA

**E. U. de Enfermería y Fisioterapia**

Grado en Enfermería

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

Trabajo de carácter profesional

### **Plan de cuidados de enfermería en la situación de últimos días**

Estudiante: Esther Vegas Martín

Tutor: María del Pilar González Bárez

Salamanca, 8 de mayo de 2017

## ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción .....	2
3. Objetivos.....	3
4. Desarrollo del tema .....	3
4.1. Agonía .....	3
4.1.1 Signos y síntomas .....	3
4.1.2 Tratamiento .....	4
4.1.3 Sedación .....	6
4.1.4 Duelo .....	6
4.2. Plan de cuidados .....	7
4.2.1 Valoración, diagnósticos, objetivos e intervenciones .....	7
5. Conclusiones.....	20
6. Bibliografía .....	21
7. Anexos .....	23

## **1.- RESUMEN**

La agonía es conocida como los últimos momentos de vida de una persona, ya sean minutos, horas o incluso días, es la última fase de la enfermedad terminal.

En estos momentos se produce un sufrimiento físico, mental y espiritual en el paciente. y la labor de enfermería adquiere una gran importancia al ser las personas encargadas de proporcionar los cuidados que son necesarios para poder aportar a la persona el máximo confort, de modo que el paciente pueda morir relajado y tranquilo.

Realizar un plan de cuidados de enfermería completo y específico para este tipo de pacientes, que se pueda utilizar como guía para así desarrollar una buena práctica enfermera, es imprescindible, aunque siempre habrá que tener en cuenta las características particulares de cada individuo. En este plan de cuidados se deben considerar todas las limitaciones de la persona a la que se le otorgan dichos cuidados y todas aquellas necesidades que se puedan ver afectadas durante el proceso.

Palabras clave: agonía, enfermedad terminal, cuidados de enfermería.

## 2.- INTRODUCCIÓN

Se debe conocer qué es el estado/fase de agonía en un paciente en situación terminal y todos sus síntomas y tratamientos, así como saber cuáles son las necesidades que tiene dicha persona y las actuaciones que enfermería ha de realizar para satisfacer estas necesidades, siempre teniendo en cuenta que se encuentra en sus últimos días u horas de vida.

Es importante conocer cómo se debe de actuar no sólo con las personas que están en la etapa final de la vida, sino también con la familia de esas personas.

La enfermedad terminal es aquella enfermedad de carácter mortal en su etapa final <sup>(1)</sup>. Para que se considere enfermedad terminal se deben de cumplir una serie de características/elementos fundamentales <sup>(2)</sup>:

- Existencia de una enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Falta de respuesta al tratamiento.
- Pronóstico de vida de 6 meses o inferior.
- Está acompañada de un conjunto de síntomas muy variables, multifactoriales y muy intensos.

Dentro de la enfermedad terminal, la última etapa pasa a denominarse **“agonía”** o **“situación de últimos días”**. Esta situación se define como la situación que precede a la muerte, donde ésta se produce de forma gradual, y en la que está presente un deterioro físico muy intenso con un pronóstico de vida de días u horas <sup>(3)</sup>.

Esta etapa de agonía puede presentarse de forma brusca tras el diagnóstico terminal o puede aparecer de forma progresiva y lenta tras una larga enfermedad.

En estos momentos hay un gran impacto emocional por parte de la familia, y también por parte del equipo terapéutico por lo que el tratamiento no sólo irá dirigido al paciente en situación de agonía sino que también irá destinado a la familia/allegados del enfermo.

Es un periodo muy difícil por el simple hecho de que implica que la muerte del paciente se encuentra muy próxima, ya sea en los próximos días u horas.

En este momento se requieren unos cuidados de enfermería muy específicos para lograr el máximo nivel de bienestar a nivel físico, mental y espiritual, siendo la labor de enfermería una parte esencial en los cuidados de este tipo de personas.

Para lograr que esta situación sea optima y conseguir otorgarles el máximo confort se ha de establecer un plan de cuidados adecuado a las necesidades de los pacientes en situación de últimos días.

### **3.- OBJETIVOS**

Los objetivos que se han marcado a la hora de realizar este trabajo son:

1. Conocer la sintomatología más prevalente en los enfermos terminales, tratamiento que requieren y establecer la importancia del duelo y sus diferentes fases.
2. Describir el objetivo de la sedación y el protocolo para poder realizarlo y establecer las diferencias entre sedación en la agonía y la eutanasia.
3. Realizar una valoración de enfermería completa siguiendo los 11 patrones funcionales establecidos por Marjory Gordon y establecer los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados que se han de conseguir en los cuidados de los enfermos terminales, según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

### **4.- DESARROLLO DEL TEMA**

#### **4.1. - AGONÍA**

##### **4.1.1.- Signos y síntomas**

En la situación de últimos días aparecen un conjunto de signos y síntomas que son muy característicos de esta etapa.

En primer lugar, de forma general suele aparecer el dolor, que es muy prevalente en los pacientes terminales, junto a una debilidad generalizada <sup>(4)</sup>. Además, se produce una disminución del nivel de consciencia, que puede ir acompañada de convulsiones <sup>(5)</sup>.

A nivel respiratorio se puede observar disnea (dificultad respiratoria) junto con los estertores premortem, que son los ruidos que hace el enfermo cuando respira en sus últimas horas de vida, causado por una acumulación de secreciones en la faringe o en los bronquios y se suele producir en pacientes débiles, con disminución del nivel de consciencia e incapaces de eliminar dichas secreciones <sup>(6)</sup>.

Por otra parte, el paciente puede experimentar una disfagia o dificultad para tragar, junto con anorexia y caquexia, que es un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva de peso corporal, junto con pérdida de masa grasa y masa muscular, que afecta al estado general de la persona <sup>(7)</sup>. También pueden referir náuseas y vómitos, y en cuanto a la eliminación intestinal puede haber tanto estreñimiento como diarrea <sup>(8)</sup>.

A nivel mental la persona puede sentir confusión, agitación, ansiedad y tristeza por ver la muerte de forma tan cercana. El insomnio también es característico en estos pacientes pues sienten miedo de quedarse dormidos, aunque no siempre ocurre de este modo, puesto que también puede existir una somnolencia excesiva.

Además, existen una serie de signos que indican que la muerte es inminente en este paciente <sup>(4)</sup>.

- Livideces
- Nariz fría y blanca, labios cianóticos.
- Extremidades frías
- Anuria
- Periodos de apnea

#### **4.1.2.- Tratamiento**

Uno de los objetivos principales en el tratamiento de las personas que se encuentran en fase agónica es la calidad de muerte, es decir, mantener a la persona en un estado de máximo confort posible durante su proceso. Por tanto, los tratamientos serán lo menos invasivos posibles e irán encaminados a disminuir los síntomas que puedan producir incomodidad o malestar al enfermo <sup>(4)</sup>.

Por ejemplo, la hidratación/sueroterapia está contraindicada en los enfermos en agonía puesto que no supone ninguna medida para mejorar o controlar los síntomas (5,8).

Las vías de administración de fármacos para estas personas son limitadas. Tiene preferencia la vía subcutánea, puesto que es una vía fácil de utilizar, con pocos efectos secundarios y no es molesta para el enfermo. La vía intravenosa se podrá utilizar mientras ya esté canalizada y los fármacos solo se puedan usar por esta vía. Otra opción es la vía transdérmica, que no es invasiva ni dolorosa.

En cuanto a los fármacos, no serán necesarios aquellos que no proporcionen una mejoría rápida de los síntomas del enfermo, como por ejemplo la heparina o los laxantes (8).

- Como tratamiento del dolor se seguirá la escala de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Principalmente se administrarán los opioides, de forma pausada y continuada dado que estas personas no pueden avisar si existe un pico de dolor.
- Para controlar las náuseas y vómitos se usarán fármacos como el Haloperidol, o la levomepromazina.
- Si aparecen convulsiones se pueden utilizar bolos de Midazolam o de clonazepam.
- En caso de confusión o de delirium se puede utilizar el Haloperidol o el Midazolam. Si no fueran efectivos habría que considerar la sedación terminal.
- La disnea se puede intentar controlar con morfina o midazolam. Para los estertores se puede utilizar la escopolamina o la Hioscina.
- La fiebre solo se trata si genera mucho discomfort al paciente. Se puede administrar ketorolaco, metamizol o paracetamol.

También se puede aplicar un tratamiento no farmacológico para aumentar el nivel de confort. Los cambios posturales se harán de forma suave, y se mantendrán las posturas antiálgicas del paciente y en caso de disnea se elevará ligeramente la cabecera de la cama. La higiene y el cambio de sábanas se harán mientras el paciente esté estable.

Si existe estreñimiento no se pueden utilizar ni enemas ni laxantes debido a que generan malestar al paciente. Para los cuidados de la boca se puede hidratar la boca del paciente con gasas, con la cuchara.

#### **4.1.3.- Sedación**

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) la sedación terminal o sedación en la agonía es “la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, para aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico, inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento del paciente.”<sup>(9)</sup>.

Los requisitos para realizar la sedación son<sup>(10)</sup>:

- Existencia de un síntoma refractario, es decir, un síntoma de difícil control y que suponga un sufrimiento para el paciente.
- El objetivo es disminuir el sufrimiento del paciente.
- La disminución del nivel de consciencia será proporcionada.
- Es necesario el consentimiento del paciente o de la familia.
- Debe de estar registrado en la historia clínica del paciente.

Existe un protocolo de sedación, donde se establece cuándo es necesaria la sedación y qué fármacos se han de utilizar [Tabla 1]. Para el control de la sedación se utilizará la escala RAMSAY.

Se diferencia la sedación de la eutanasia porque el objetivo de la sedación es disminuir el sufrimiento del enfermo mientras que el objetivo de la eutanasia es provocar la muerte del enfermo mediante la administración de un fármaco letal. [Tabla 2]

#### **4.1.4.- Duelo**

El duelo se define como la reacción que se produce ante la muerte de una persona querida. La evolución del duelo se divide en diferentes fases que pueden variar según los autores. Kübler-Ross describió cinco fases; negación, ira, negociación, depresión y aceptación<sup>(11)</sup>.



También se describen diferentes tipos de duelo: el anticipado que ocurre antes de la muerte del individuo, el retardado y el complicado. Hay que prestar especial atención a aquellas personas que muestren indicios de un duelo complicado puesto que puede inducir a una depresión <sup>(12)</sup>.

Una vez que fallece el paciente, los profesionales sanitarios deben mostrar apoyo a los familiares y si hay alguien que necesite atención especializada se le ofrecerá ayuda psicológica.

## **4.2.- PLAN DE CUIDADOS**

### **4.2.1.- Valoración, diagnósticos, objetivos e intervenciones <sup>(13, 14, 15)</sup>**

Siguiendo el procedimiento científico de valoración enfermera utilizando los 11 patrones funcionales que determinó Marjory Gordon, vamos a analizar los diagnósticos de enfermería junto a los resultados e intervenciones, siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Utilizando este método científico vamos a establecer el plan de cuidados que debe de seguir la enfermera para atender las necesidades del paciente en situación de agonía.

#### **PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD.**

El paciente conoce su estado de salud y su situación de últimos días. También conoce la medicación que se le administra y su uso, dentro de sus limitaciones.

**[00078] Gestión ineficaz de la salud** relacionada con conflicto de decisiones, impotencia, percepción de gravedad del problema y régimen terapéutico complejo. Manifestado por dificultad del régimen terapéutico prescrito.

**NOC: [3102] Autocontrol: enfermedad crónica.**

**NIC: [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.**

Actividades:

- Incitar al paciente para que examine sus propios valores y creencias, y la satisfacción con los mismos.

## **PATRÓN 2. NUTRICIONAL – METABÓLICO.**

El enfermo no se puede alimentar por vía oral puesto que presenta una disfagia, una dificultad para tragar tanto sólidos como líquidos, lo que aumenta el riesgo de que se produzca una broncoaspiración. Además, el apetito del paciente tiende a estar disminuido. También presenta náuseas y vómitos.

La boca puede estar seca, sucia ya que no se introducen líquidos por la boca y también puede presentar una infección por hongos.

Pueden existir úlceras por presión debido a la dificultad de movimiento de estos pacientes y a la falta de nutrientes ya que no se pueden alimentar.

**[00008] Termorregulación ineficaz** relacionado con la enfermedad y con edades extremas. Manifestado por cianosis de los lechos ungueales, palidez moderada y piel fría al tacto.

NOC: **[0800] Termorregulación.**

NIC: **[3900] Regulación de la temperatura.**

Actividades:

- Vigilar las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria).
- Examinar la temperatura y la coloración de la piel.
- Vigilar si existen signos y síntomas de hipotermia o hipertermia y registrarlo.
- Ajustar la temperatura del ambiente según las necesidades del paciente.
- Administración de fármacos de acción antipirética, si está indicado.

**[00039] Riesgo de aspiración** relacionado con deterioro de la deglución y disminución del nivel de consciencia.

NOC: **[1918] Prevención de la aspiración.**

NIC: **[3200] Precauciones para evitar la aspiración.**

Actividades:

- Comprobar la capacidad de deglución del paciente, el nivel de consciencia y la presencia del reflejo tusígeno y reflejo nauseoso.
- Evitar los líquidos por vía oral, o dar agentes espesantes.

**[00045] Deterioro de la mucosa oral** relacionado con disminución de la salivación, respiración bucal, obstáculos para los autocuidados orales. Manifestado por xerostomía, deterioro de la deglución.

NOC: **[1100] Salud oral.**

NIC: **[1710] Mantenimiento de la salud bucal.**

Actividades:

- Realizar unos cuidados bucales de forma rutinaria.
- Humedecer los labios y la mucosa oral mediante la aplicación de lubricantes.

**[00046] Deterioro de la integridad cutánea** relacionado con deterioro de la circulación, nutrición inadecuada, edades extremas. Manifestado por alteración de la integridad de la piel.

NOC: **[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.**

NIC: **[3660] Cuidados de las heridas.**

Actividades:

- Realizar los cuidados de la úlcera cutánea si es necesario.
- Dependiendo del exudado y drenaje, cambiar los apósitos cuando corresponda.

### **PATRÓN 3. ELIMINACIÓN.**

En cuanto a la eliminación intestinal suele existir estreñimiento como consciencia del uso de opiáceos para el tratamiento del dolor.

La eliminación urinaria estará alterada, sobre todo en los momentos más cercanos a la muerte puesto que se presentará una anuria.

**[00011] Estreñimiento** relacionado con agentes farmacológicos, debilidad de los músculos abdominales. Manifestado por incapacidad para defecar.

NOC: **[1608] Control de síntomas.**

NIC: **[450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal.**

Actividades:

- Reconocer las causas o factores (como el reposo en cama, la dieta, los medicamentos) que puedan producir el estreñimiento o contribuir al mismo.

#### **PATRÓN 4. ACTIVIDAD – EJERCICIO.**

Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, debido a que su movilidad está reducida y además presentan una debilidad generalizada junto a la astenia. Además se encuentran encamados durante todo el día.

Existe una dificultad respiratoria junto a una acumulación de secreciones (estertores premortem).

**[00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas** relacionado con retención de secreciones, deterioro neuromuscular. Manifestado por disnea, cianosis y sonidos respiratorios anormales.

NOC: **[0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.**

NIC: **[3160] Aspiración de las vías aéreas.**

Actividades:

- Identificar la necesidad de realizar una aspiración de la cavidad oral o traqueal.
- Previo a la aspiración, informar y explicar al paciente y a la familia el procedimiento.
- Aplicar la mínima presión de aspiración para extraer las secreciones (80-120mmHg para adultos)

NIC: **[3140] Manejo de la vía aérea.**

Actividades:

- Fomentar la eliminación de las secreciones mediante la tos o succión.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- Mantener al paciente en una posición que mejore/alivie la disnea.

**[00085] Deterioro de la movilidad física** relacionado con disminución de la fuerza muscular, disminución de la masa muscular, dolor, intolerancia a la actividad. Manifestado por discomfort, enlentecimiento del movimiento, inestabilidad postural.

NOC: **[0208] Movilidad.**

NIC: **[0740] Cuidados del paciente encamado.**

Actividades:

- Mantener al paciente en buena alineación corporal.
- La ropa de cama debe permanecer seca, limpia y sin arrugas.
- Si es necesario subir las barandillas de la cama.
- Ayudar y asistir al paciente al realizar las actividades de la vida diaria.

**[00092] Intolerancia a la actividad** relacionada con reposo en cama e inmovilidad. Manifestado por debilidad generalizada, fatiga.

NOC: **[0300] Autocuidados: actividades de la vida diaria.**

NIC: **[1800] Ayuda con el autocuidado.**

Actividades:

- Establecer la capacidad que tiene el paciente para realizar sus propios cuidados de manera independiente.
- Fomentar que el paciente acepte el estado de dependencia.
- Proporcionar al paciente un cuidado personalizado y una experiencia relajante, privada y cálida.

### **PATRÓN 5. SUEÑO – DESCANSO.**

Los enfermos en fase terminal suelen presentar una dificultad para conciliar el sueño, es decir, insomnio, debido a que tienen miedo de quedarse dormido y no volver a despertarse.

**[00095] Insomnio** relacionado con temor, duelo, ansiedad. Manifestado por dificultad para conciliar el sueño

NOC: **[0004] Sueño.**

NIC: **[1850] Mejorar el sueño.**

Actividades:

- Ajustar las condiciones del ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para mejorar el sueño.
- Promover la administración de medicamentos para dormir que no supriman la fase REM.

### **PATRÓN 6. COGNITIVO – PERCEPTIVO.**

La visión puede ser dificultosa mientras que la audición se puede mantener intacta hasta el último momento si no presentaba un problema de base.

Estos pacientes también manifiestan dolor por medio del habla o por medio de gestos o expresiones en su cara.

Por otra parte, existe una alteración del nivel de consciencia pues pueden presentar agitación y también puede estar alterado debido a que se encuentra sedado.

**[00128] Confusión aguda** relacionada con delirio, alteración del ciclo sueño-vigilia. Manifestado por agitación, alteración del nivel de conciencia, inquietud.

NOC: **[0916] Nivel de delirio.**

NIC: **[6440] Manejo del delirio.**

Actividades:

- Vigilar continuamente el estado neurológico del paciente.

- Escuchar los miedos y sentimientos del paciente.
- Administrar los fármacos para la ansiedad o agitación, según la demanda.
- Disminuir los estímulos que supongan una estimulación sensorial excesiva, mientras que sea posible.

**[00133] Dolor crónico** relacionado con distrés emocional, fatiga, malnutrición. Manifestado por anorexia, cambios en el patrón de sueño, expresión facial del dolor.

NOC: **[1605] Control del dolor.**

NIC: **[2300] Administración de medicación.**

Actividades:

- Utilizar las cinco reglas para la correcta administración de medicamentos.
- Administrar la medicación mediante la técnica adecuada y por la vía correcta.
- Observar al paciente para determinar la necesidad de administración de medicación a demanda.

NIC: **[1400] Manejo del dolor.**

Actividades:

- Comprobar los signos no verbales del dolor, especialmente en aquellos pacientes con dificultad para la comunicación.
- Disminuir o eliminar los factores que disminuyan el umbral del dolor.
- Producir a la persona el máximo alivio del dolor mediante los analgésicos que estén prescritos.

NIC: **[2210] Administración de analgésicos.**

Actividades:

- Comprobar la orden médica en lo que se refiere a fármaco, dosis y frecuencia de administración del analgésico.
- Escoger el analgésico o la combinación de estos de forma adecuada cuando se haya prescrito más de uno.
- Responder a la necesidad de comodidad y otras actividades relajantes que mejoren la respuesta al analgésico.

**[00175] Sufrimiento moral** relacionado con limitación de tiempo para la toma de decisiones y decisiones de final de la vida. Manifestado por angustia por actuar basándose en la propia elección moral (ansiedad, temor, impotencia).

NOC: **[0906] Toma de decisiones.**

NIC: **[5250] Apoyo en la toma de decisiones.**

Actividades:

- Dar información al paciente sobre diferentes puntos de vista y sus soluciones de forma clara y concisa.
- Conseguir el consentimiento informado si se prevé necesario.
- Favorecer la toma de decisiones en colaboración.
- Suministrar toda la información que solicite el paciente.

### **PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO.**

Debido al conocimiento de su estado de muerte cercana los enfermos en situación de agonía, en su mayoría van a referir un sentimiento de ansiedad y de angustia, así como tristeza.

**[00124] Desesperanza** relacionado con deterioro de la afección fisiológica, estrés crónico y pérdida de confianza. Manifestado por cambios en el patrón de sueño, disminución de la respuesta a estímulo, disminución del apetito.

NOC: **[1201] Esperanza.**

NIC: **[5420] Apoyo espiritual.**

Actividades:

- Mantener una buena comunicación y establecer una relación de confianza y un cuidado empático.
- Tratar al paciente con respeto y manteniendo su dignidad.

**[00147] Ansiedad ante la muerte** relacionado con anticipación del dolor, anticipación del sufrimiento, experimentar el proceso de agonía y percepción de muerte inminente. Manifestado por impotencia, pensamientos negativos relacionados



con la muerte y la agonía, preocupación por el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas, temor a un proceso de agonía prolongado, temor al dolor relacionado con la agonía y temor al proceso de agonía.

NOC: **[2007] Muerte confortable.**

NIC: **[5260] Cuidados en la agonía.**

Actividades:

- Vigilar si aparecen signos de ansiedad.
- Controlar el estado de ánimo del paciente y sus cambios.
- Proporcionar apoyo durante los diferentes estadios de duelo tanto al paciente como a la familia.

NOC: **[1307] Muerte digna.**

NIC: **[5230] Mejorar el afrontamiento.**

Actividades:

- Asistir al paciente en la evaluación de sus recursos para así cumplir sus objetivos.
- Evaluar el impacto de la situación del paciente en sus roles y relaciones.
- Proveer un entorno que mejore la aceptación.
- Promover la implicación de la familia en el proceso.

### **PATRÓN 8. ROL – RELACIONES.**

La familia conoce el diagnóstico y el pronóstico del enfermo. Tanto el paciente como la familia están pasando el duelo.

**[00055] Desempeño ineficaz del rol** relacionado con dolor, enfermedad física, fatiga. Manifestado por ansiedad, confianza insuficiente, conflicto del rol, impotencia, incertidumbre.

NOC: **[1501] Desempeño del rol.**

NIC: **[5290] Facilitar el duelo.**

Actividades:

- Informar sobre las diferentes fases del duelo.
- Apoyar al paciente para conocer sus estrategias para el afrontamiento.

**[00063] Procesos familiares disfuncionales** relacionado con estrategias de afrontamiento ineficaces. Manifestado por agitación, duelo complicado, incapacidad para aceptar un amplio rango de sentimientos.

NOC: **[2602] Funcionamiento de la familia.**

NIC: **[7140] Apoyo a la familia.**

Actividades:

- Explicar a la familia que el paciente recibe los mejores cuidados.
- Observar el impacto psicológico que produce el pronóstico del paciente en la familia.
- Atender a las diferentes preguntas, sentimientos y preocupaciones de la familia.
- Promover una relación de confianza.
- Informar a la familia sobre los planes de cuidados y los planes médicos.

### **PATRÓN 9. SEXUAL – REPRODUCCIÓN.**

Puede aparecer una disfunción sexual.

**[00059] Disfunción sexual** relacionado con alteración de la estructura corporal (enfermedad) y alteración de la función corporal (enfermedad). Manifestado por disminución del deseo sexual, alteración en la actividad sexual.

NOC: **[0119] Funcionamiento sexual.**

NIC: **[5248] Asesoramiento sexual.**

Actividades:

- Mantener una relación con el paciente que inspire confianza y respeto.
- Explicar los efectos que tiene la enfermedad sobre la sexualidad.

## **PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

Se comprueba el manejo del paciente en situaciones difíciles, si cuenta con un servicio de apoyo psicosocial.

**[00069] Afrontamiento ineficaz** relacionado con incertidumbre, sentido de control insuficiente. Manifestado por cambios en el patrón de sueño, enfermedades frecuentes, fatiga, incapacidad para manejar la situación, incapacidad para satisfacer las expectativas de rol e incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.

NOC: **[1300] Aceptación: estado de salud.**

NIC: **[5230] Mejorar el afrontamiento.**

Actividades:

- Evaluar el impacto de la situación del paciente en sus roles y relaciones.
- Proveer un entorno que mejore la aceptación.
- Impulsar un dominio sobre la situación de forma gradual.
- Estimular la expresión de los miedos y sentimientos.

NOC: **[1302] Afrontamiento de problemas.**

NIC: **[5290] Facilitar el duelo.**

Actividades:

- Implicar a la familia en la toma de decisiones y en las charlas.
- Apoyar al paciente para conocer sus estrategias para el afrontamiento.

**[00074] Afrontamiento familiar comprometido** relacionado con enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia. Manifestado por preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud y la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente.

NOC: **[2600] Afrontamiento de los problemas de la familia.**

NIC: **[7140] Apoyo a la familia.**

Actividades:

- Confirmar a la familia que el paciente recibe los mejores cuidados.
- Evaluar la reacción emocional que tiene la familia sobre la enfermedad del paciente.
- Observar el impacto psicológico que produce el pronóstico del paciente en la familia.
- Atender a las diferentes preguntas, sentimientos y preocupaciones de la familia.
- Promover la expresión de miedos y sentimientos entre el paciente y la familia, o entre los miembros de la misma.
- Facilitar procedimientos espirituales a la familia.
- Proporcionar apoyo a la familia durante la muerte y el duelo.

**[00072] Negación ineficaz** relacionada con temor a la muerte, ansiedad. Manifestado por negación del temor a la muerte, no acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida.

NOC: **[1300] Aceptación: estado de salud.**

NIC: **[5820] Disminución de la ansiedad.**

Actividades:

- Escuchar atentamente.
- Establecer un entorno que aumente la confianza.
- Estimular la expresión de miedos, preocupaciones y sentimientos.
- Apoyar al paciente a describir el acontecimiento que se avecina de forma realista.

**PATRÓN 11. VALORES – CREENCIAS.**

Existe un sufrimiento espiritual por parte del paciente. Se comprueba la existencia de un testamento vital o de algún documento donde se expresen los planes del paciente sobre su futuro.

**[00066] Sufrimiento espiritual** relacionado con dolor, enfermedad, exposición a la muerte, muerte inminente, proceso de agonía. Manifestado por ansiedad,

cuestionamiento de la identidad, del sentido de la vida y del sentido del sufrimiento, fatiga, insomnio, llanto, temor, desesperanza.

NOC: **[2001] Salud espiritual.**

NIC: **[5420] Apoyo espiritual.**

Actividades:

- Mantener una actitud de dignidad y respeto frente al paciente.
- Escuchar sobre los sentimientos de impotencia y de soledad del individuo.
- Facilitar elementos espirituales según las preferencias del paciente.
- Remitir al asesor espiritual que haya elegido el paciente.
- Facilitar la expresión de la ira del individuo, de forma adecuada.

NIC: **[5260] Cuidados en la agonía.**

Actividades:

- Posibilitar la adquisición de apoyo espiritual a la familia y al paciente.
- Apoyar tanto al paciente como a la familia a conocer el sentido de la muerte.

**[00169] Deterioro de la religiosidad** relacionado con crisis de estados de final de la vida, sufrimiento, dolor, enfermedad, ansiedad y temor a la muerte. Manifestado por cuestionamiento de los patrones religiosos de creencias, sufrimiento por la separación de la comunidad de la fe.

NOC: **[2001] Salud espiritual.**

NIC: **[5424] Facilitar la práctica religiosa.**

Actividades:

- Facilitar la asistencia al ritual religioso.
- Mantener una actitud de dignidad y respeto frente al individuo.
- Proporcionar oportunidades para conversar sobre las diferentes creencias y visiones en el mundo.
- Promover una conversación activa sobre los diferentes intereses religiosos.

## 5.- CONCLUSIONES

- Una persona que se encuentra en situación de agonía, o situación de últimos días está sometida a un sufrimiento tanto físico como mental y espiritual. importante, por lo que es imprescindible que los profesionales de Enfermería realicen una valoración exhausta de estas personas para así poder aplicar los cuidados que sean necesarios con el objetivo de obtener el máximo nivel de confort que sea posible.
- Estos pacientes son muy vulnerables a cualquier cambio que se produzca a su alrededor, por lo que hay que mantener una especial precaución a la hora de aplicar los cuidados que sean necesarios, intentando molestar lo menos posible. y evitando todas aquellas intervenciones que no consigan mejorar el confort del paciente ni le supongan ningún beneficio sobre los síntomas propios de la agonía.
- A nivel emocional Enfermería debe de establecer una relación sincera y empática con el paciente, ofreciéndole confianza para que así la persona sea capaz de transmitir que es lo que quiere o necesita, en el caso de que se encuentre consciente y no bajo sedación.

Una buena forma de conseguirlo es realizando un plan de cuidados enfermero, y adecuado a sus necesidades. Realizando una correcta y personalizada valoración nos llevará a las intervenciones adecuadas para ese paciente y en ese momento y con ello lograremos los resultados que nos hemos planteado como primordiales.

## 6.- BIBLIOGRAFÍA

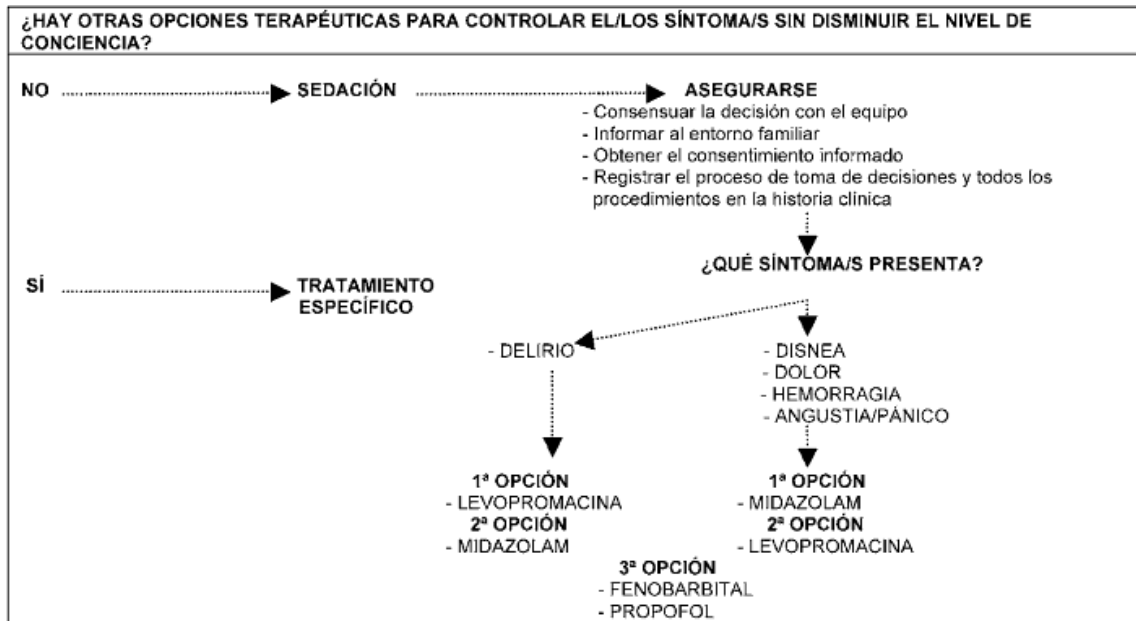
1. Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud. Ed. Difusión Avances de Enfermería, 2008.
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [sede Web]. Madrid: SECPAL. 2014 [acceso 08/01/2017]. Guía clínica de cuidados paliativos. Disponible en: [http://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_2-definicion-de-enfermedad-terminal](http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal)
3. Gómez Sancho M, Altisent R et al. Atención médica al final de la vida. Conceptos. Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(3): 177-179.
4. Alonso A, Vilches Y y Díez L. Atención en la agonía. Psicooncología. 2008; 5(2-3): 279-301.
5. Valentín V, Murillo M y Valentín M. Síntomas al final de la vida. Psicooncología. 2004; 1(2-3): 251-262.
6. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com [actualizada 25/02/2016; acceso 15/01/2017]. Guía clínica de estertores premortem. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/estertores-premortem/>
7. García Luna PP, Parejo Campos J y Pereira Cunill JL. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr. Hosp. 2006; 21(3): 10-16.
8. Iglesias ML y Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 Supl. 1: 173-191.
9. Hospital Donostia. Protocolo de sedación en paciente terminal. Hospital Donostia; 2006.
10. Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Fundació Victor Grifols i Lucas; 2010.
11. Moral de la Rubia J y Miaja Ávila M. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 2013; 10(1): 109-130.
12. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014.

13. Brito Brito PR. El Proceso Enfermero en Atención Primaria: Valoración. ENE, Revista de Enfermería. 2007; 1(2): 17-26.
14. Sánchez García O y Dominguez Rodríguez MC. Plan de Cuidados de Enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria. 2010; 4(2): 71-82.
15. NNNConsult [base de datos en Internet]. Barcelona: Elsevier; [acceso 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>



## 7.- ANEXOS

**Tabla 1. Protocolo de actuación en la sedación en la agonía <sup>(8)</sup>**



**Tabla 2. Diferencias entre sedación y eutanasia <sup>(9)</sup>**

	Sedación	Eutanasia
Intencionalidad	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte